

Cisto ósseo aneurismático na patela

Aneurysmal bone cyst of the patella

Márcio Aurélio Aita, Bruno Biselli, Alexandre Costa Chiferi, Samuel Byung Mo Cho, Cléber Furlan, Guilherme Henrique Vieira Lima, Fabio Yoshihiro Matsumoto, Fernando Alves Moreira

Recebido: 31/10/2005

Aprovado: 8/11/2005

Resumo

Relato de um caso de cisto ósseo aneurismático na patela, cujo objetivo é propor uma opção de tratamento. Os tumores de patela são raros. Em revisões literárias de 1900 a 2000 foram levantadas 384 publicações. Lesões benignas são mais comuns (73%), principalmente o tumor de células gigantes (33%). O cisto ósseo aneurismático corresponde apenas a 4% dos casos. Paciente do sexo masculino, 32 anos, atendido na Oncologia Ortopédica da FMABC em novembro de 2004, com dor e edema em joelho esquerdo há três meses, claudicação e perda da amplitude de flexo-extensão, sem melhora após punções e uso de antiinflamatório não-hormonal. O raio X apresentava imagem lítica, expansiva, infiltrativa com septações, sem envolvimento da cortical. A tomografia computadorizada mostrou lesão infiltrativa central na patela. A biópsia percutânea confirmou o diagnóstico de cisto ósseo aneurismático. O tratamento foi patelectomia total por comprometimento de mais de 90% da patela. Atualmente em acompanhamento ambulatorial, com melhora do quadro clínico, embora com diminuição da força extensora. Trata-se de uma lesão pseudotumoral benigna de etiologia desconhecida que pode afetar qualquer parte do esqueleto, extremamente rara na patela. A incidência é de 1% em relação a todas as neoplasias ósseas primárias e de 4% em relação aos tumores da patela. As opções de tratamento são curetagem, ressecção parcial ou total e amputação do membro. A radioterapia é alvo de discussão pelo risco de degeneração sarcomatosa. A taxa de recorrência é próxima a 0% na excisão completa, podendo chegar a 59% na curetagem, segundo a literatura.

Unitermos

Patela; cistos ósseos; neoplasias ósseas.

Abstract

Case report of an Aneurysmal patella bone cyst, the objective is offer an efficient treatment option. Patella tumors are rare. Reviewing the literature from 1900 to 2000, 384 cases were collected. Most of these lesions are benign, in the main giant cell tumor (33%), aneurysmal bone cyst is only 4%. The patient was a 32-year-old man admitted in the Orthopedic Oncology FMABC in November, 2004. The patient related pain and edema on his left knee for three months, claudication with flexion and extension amplitude decreasing. Firstly medicated with Nonsteroidal anti-inflammatory and articular puncture, without any improvement. Radiographically, expansive and infiltrative litic lesion in left patella, with septations without cortical destruction. Computed tomography scan show infiltrative lesion round the left patella centrally. The result of the percutaneous biopsy was aneurysmal bone cyst. Surgical treatment was chosen in this case effectuating patellectomy once the lesion was present in more than 90% of patella's surface. Currently, the patient is in ambulatorial attendance with improvement of pain and function, but persists with decrease of extensor effort. Is a benign pseudotumoral lesion with an unknown etiology that affects any part of skeleton, unusual in patella. Such tumors account for 1% of all primary bone neoplasms and correspond to 4% comparing to other patellar tumors. Treatment has included curettage, patellectomy and amputation. Radiation therapy has been discussed because of the risk of delayed secondary sarcoma. According to the literature, the recurrence rates approaches zero after wide excision and 59% if only the curettage is done.

Keywords

Patella; bone cysts; bone neoplasms.

Introdução

Devido aos poucos casos na literatura de cisto ósseo aneurismático na patela, nosso caso é apresentado para se abrir discussões acerca da lesão e do diagnóstico e oferecer uma opção de tratamento eficaz e com baixa incidência de recidiva. Em uma revisão da literatura de 1900 a 2000, foram levantados 384 casos. A maior parte são relatos, e poucos foram os trabalhos de relatos em série.

A maioria das lesões neoplásicas ósseas são benignas e têm como diagnósticos mais frequentes tumor de células gigantes (33%), condroblastoma (16%) e, menos frequentemente, condroma (5%), cisto ósseo aneurismático (4%), cisto ósseo (4%), osteoma osteóide (3%), osteoblastoma (2%), osteocondroma (2%) e hemangioma (2%). Tumor de células gigantes e condroblastoma são tumores que ocorrem com maior intensidade em epífises de ossos longos, o que explica, assim, sua alta incidência.

A patela, de fato, é um osso sesamóide localizado no tendão quadricepsal, que aparece no terceiro mês de gestação oriunda de matriz cartilaginosa, ossificando por volta dos 3 anos de idade. A ossificação da patela é semelhante a de uma epífise ou apófise de ossos longos.

As neoplasias de patela têm seu diagnóstico dificultado devido à necessidade de se avaliar a lesão não apenas por radiografias simples, mas também por métodos complementares, como tomografia computadorizada, ressonância nuclear magnética e cintilografia.

Curetagem, curetagem e enxertia, patelectomia, ressecção do joelho e amputação do membro são as opções de tratamento dos tumores de patela, sendo que a maioria dos tumores não segue um padrão definido para seu tratamento.

Relato de caso

Paciente do sexo masculino, 32 anos, natural do Piauí, procedente de Santo André, encaminhado de unidade básica de saúde para avaliação, sendo atendido pelo grupo de Tumores Ósseos do serviço de Ortopedia e Traumatologia da Faculdade de Medicina da Fundação ABC, no Hospital Estadual de Santo André, em novembro de 2004.

Apresentava história de dor e edema no joelho esquerdo há três meses, com claudicação e perda da amplitude de flexo-extensão, sem déficits no membro. Foi tratado inicialmente com antiinflamatório não-hormonal e consecutivas punções articulares, que não aliviavam a dor e não melhoravam a amplitude de movimento do joelho. Apresentou ao exame: edema no joelho (Figura 1), temperatura elevada, limitação da amplitude de movimento (flexo-extensão de 60-0) e marcha claudicante. Negava tabagismo e etilismo.

Radiograficamente observou-se lesão lítica expansiva na patela esquerda, de caráter infiltrativa, com septações sem destruição cortical (Figura 2). Realizou-se tomografia computadorizada com visualização de lesão insulflativa, que envolveu

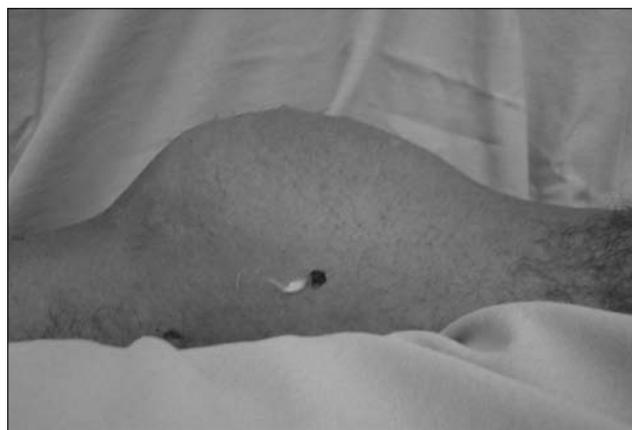


Figura 1
Joelho esquerdo no pré-operatório



Figura 2
Radiografia de perfil de joelho esquerdo

centralmente a patela esquerda. A partir da biópsia percutânea da lesão, obteve-se como resultado cisto ósseo aneurismático.

Exames laboratoriais, com hematócrito de 35%, leucócitos de 9.200 k/ul, VHS de 3 mm/h, uréia de 50. Níveis de cálcio e fósforo normais, fosfatase alcalina discretamente elevada em relação aos níveis de referência.

Optou-se por tratamento cirúrgico, sendo realizada patelectomia total, por se tratar de lesão que comprometia mais de 90% da superfície da patela.

Foi liberada a mobilidade precoce ao paciente, que evoluiu no primeiro mês com melhora total da dor e ganho de amplitude de movimento dentro dos padrões de normalidade, com perda de 10% da força extensora comparado ao contralateral. Atualmente encontra-se em acompanhamento ambulatorial, no quinto mês de pós-operatório, com melhora do quadro algico e funcional, embora com diminuição de força do aparelho extensor (Figura 3).



Figura 3
Comparação dos joelhos
no pós-operatório

Discussão

O cisto ósseo aneurismático é uma lesão pseudotumoral, classificada como benigna ativa ou agressiva. Histologicamente, consiste em espaços de tamanhos variados preenchidos com sangue, separados por tabiques de tecido conjuntivo, onde se observam trabéculas de tecido ósseo e células gigantes osteoclasticas¹⁻³. Pode afetar todas as porções do esqueleto, e sua etiologia é desconhecida^{2,4}. Sua incidência é de 1% em relação a todas as neoplasias primárias ósseas³, e sua distribuição é igual entre os sexos^{1,2}. É mais freqüente nas duas primeiras décadas de vida, tendo sua incidência em relação aos outros tumores de patela em torno de 4%⁵⁻⁷.

O diagnóstico deve ser realizado por exame físico, associado a radiografias simples e tomografia computadorizada, seguida de biópsia confirmatória^{5,6,8}.

Historicamente, seu tratamento constitui-se de curetagem, ressecção parcial ou total da patela em função do tamanho da lesão e amputação do membro, sendo o uso de radioterapia contraindicado, devido ao risco de degeneração sarcomatosa^{1,3}.

Sua recorrência varia de 0% a 60%, embora se aproxime de 0% quando optado pela ressecção total do local afetado^{3-5,9}. Em sua série de 161 pacientes, Campanacci observou que 26% dos pacientes com cisto ósseo aneurismático tratados com curetagem tiveram recorrência, em contrapartida de nenhum caso naqueles em que se optou pela ressecção total^{1,4,8}. Dorman relatou 59% de recorrência em 54 pacientes tratados com curetagem da lesão^{1,8}.

Referências bibliográficas

1. Dormans JP, Hanna BG, Johnston DR, Khurana JS, Jasvir S. Surgical treatment and recurrence rate of aneurysmal bone cyst in children. *Clin Orthop* 2004;421:205-11.
2. Mercuri M, Casadei R. Patellar tumors. *Clin Orthop* 2001;389:35-46.
3. Randall R, Nork SE, James PJ. Agressive aneurysmal bone cyst of the proximal humerus: a case report. *Clin Orthop* 2000;370:212-8.
4. Campanacci M, Cervellati C, Donati U, Bertoni F. Aneurysmal bone cyst (a study of 127 cases, 72 with long-term follow up). *Ital J Orthop Traumatol* 1976;2:341-53.
5. Capanna R, Campanacci DA, Manfrini M. Unicameral and aneurysmal bone cysts. *Orthop Clin North AM* 1996;605-14.
6. Marcove RC, Sheth DS, Takemoto S, Healey JH. The treatment of aneurysmal bone cyst. *Clin Orthop* 1995;311:157-63.
7. Jeremiah BS. Aneurysmal bone cyst of the temporal bone. *J International Coll Surgery* 1965;43:179-83.
8. Lichtenstein L. Aneurysmal bone cyst. *Cancer* 1953;6:1228-37.
9. Giovanni L, Maurizio F, Mario S. Angiography and computerized tomography in the diagnosis of aneurysmal bone cyst of the skull, case report. *J Neurosurg* 1980;53:113-6.

Endereço para correspondência:

Fabio Yoshihiro Matsumoto
Avenida Príncipe de Gales, 821
CEP 09060-650 – Santo André/SP
E-mail: fabioabc32@hotmail.com